



UNIVERSITETET I
NORDLAND

SYK180H
BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

*”Hvordan kan sykepleieren i hjemmesykepleien møte brukeren,
for å unngå at verdigheten krenkes, når
hjemmet blir sykepleierens arbeidsplass?”*

Kandidatnr: 166

Dato for innlevering: 11.04.2014



Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	i
1.0 Innledning.....	1
1.1 Tema.....	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Avgrensning og presisering.....	2
1.4 Oppgavens mål og hensikt	2
2.0 Metode.....	3
2.1 Metodevalg.....	3
2.2 Vitenskapsteoretisk forståelse	3
2.3 Metodekritikk	4
2.4 Etske overveielser	4
2.5 Litteratursøk	5
2.6 Kildekritikk	5
3.0 Teori	7
3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori.....	7
3.2 Å jobbe i hjemmesykepleien	8
3.3 Hva er et hjem?	9
3.4 Verdighet og krenkelse.....	10
3.5 Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer	11
3.6 Pasientenes opplevelse av helsetjenesten.....	12
3.7 Pasientens og sykepleierens oppfatning av verdighet	13
4.0 Drøfting	14
4.1 Hjelpebehovet.....	14
4.2 Verdighetens betydning.....	15
4.3 Hjemmets betydning	17
4.4 Hvorfor oppstår krenkelsen?	20
5.0 Avslutning	22
6.0 Litteraturliste	24
6.1 Pensumlitteratur	24
6.2 Selvvalgt litteratur	24
6.3 Lover og forskrifter	26
7.0 Vedlegg:	27
7.1 Vedlegg 1: Søkeord.....	27
7.2 Vedlegg 2: Litteratormatrise	27

1.0 Innledning

Jeg er nå i siste semester av min sykepleierutdannelse. Jeg skal skrive en bacheloroppgave om et selvvalgt tema som har vakt min interesse. Oppgaven har 8731 ord, og vil handle om verdighet og krenkelse, et tema som jeg opplever er veldig viktig for de fleste hjelpemottakerne jeg møter på. Ekstra synlig blir dette i hjemmesykepleien hvor sykepleieren kommer inn i hjelpemottakerens private hjem. Jeg har derfor valgt å skrive om verdigheten til den hjemmeboende pasienten, når hjemmet blir sykepleierens arbeidsplass. Om hvordan sykepleieren kan møte brukeren for å unngå at han føler seg krenket. Sykepleieren trår inn i det private hjemmet til brukeren, og kommer da i en posisjon hvor det er lett å trå over private grenser, samtidig som sykepleieren har en jobb som skal utføres. Jeg har gjennom jobb og praksis opplevd at mange synes det er vanskelig å bli hjelpemottaker, spesielt i sitt eget hjem. Det er også vanskelig for sykepleieren å komme inn i hjemmet å utføre en oppgave, og samtidig ivareta de personlige verdiene som brukeren har.

Jeg ønsker å rette fokus mot hvordan bevissthet om temaet kan hjelpe denne pasientgruppen til å føle at verdigheten ikke krenkes når de kommer i et konfliktområde hvor hjemmet deres også skal fungere som sykepleierens arbeidsplass. Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft fra 1. januar 2012 jobbes det blant annet med at ulike helsetjenester skal flyttes nærmere der folk bor, og helsetilbudet i kommunene skal bygges opp. Mottakere av pleie- og omsorgstjenester i Norge har de siste årene økt i takt med at omsorgstjenestene bygges opp, og det blir flere eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Mottakere av hjemmesykepleie har økt de siste årene (Statistisk sentralbyrå, statistikkbanken, 2014), og med den økende bruken av helsetjenester i hjemmet vil dette være en høyst aktuell problemstilling i årene som kommer.

1.1 Tema

Verdighet og krenkelse.

1.2 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleieren i hjemmesykepleien møte brukeren, for å unngå at verdigheten krenkes, når hjemmet blir sykepleierens arbeidsplass?”

1.3 Avgrensning og presisering

Pasientene i hjemmetjenesten omtales som *bruker*. En *pasient* kan lett bli sett på som en svak og hjelpeløs, passiv mottaker av hjelp. En *bruker* får en mer aktiv rolle i sin situasjon, og selvbestemmelse og myndiggjøring gjøres tydeligere. Men det kan også legges for mye ansvar på pasienten, som virker uheldig ved at pasientens lidelse og omsorgsbehov blir nedprioritert. (Fjørtoft, 2006). Jeg velger i oppgaven å benytte *bruker* som pasientbegrep, bortsett fra i sammenhenger hvor det blir naturlig å bruke *pasient*, eller *hjelpemottaker*.

Hvor mye hjelp brukere i hjemmetjenesten mottar varierer veldig. Noen mottar bare praktisk hjelp, noen bare hjemmesykepleie, og noen får både praktisk hjelp og hjemmesykepleie (Statistisk sentralbyrå, statistikkbanken, 2014). Jeg utelukker i oppgaven de som mottar bare praktisk hjelp da det i hovedsak ikke er sykepleieren som utfører disse oppgavene, og derfor ikke møter de brukerne. Jeg velger å fokusere på de som er relativt nye mottakere av hjemmesykepleie, og som ser ut til å bli i tjenesten fremover på grunn av et funksjonstap. Det gjør jeg fordi at jeg har erfart at det er de som er mest i en sårbar situasjon. De som har vært hjelpemottakere over lengre tid vil ofte ha tilpasset situasjonen, og de som skal motta hjelp over en kort periode er ikke i en like utsatt posisjon som de som skal være hjelpemottaker over tid. Men problemstillingen handler om alle som mottar tjenester fra hjemmesykepleien, og jeg utelukker derfor ingen.

1.4 Oppgavens mål og hensikt

Oppgavens hensikt er å belyse den spesielle situasjonen som mottakere av hjemmesykepleie er i når de mottar sykepleie i sitt eget hjem. Sykepleieren kan bli stående i en vanskelig posisjon hvor brukerens hjem skal ivaretas, samtidig som de skal utføre sine sykepleieoppgaver. Det kan være vanskelig å ivareta brukeren som et helt menneske, og unngå å krenke brukeren i den situasjonen han befinner seg i. Jeg ønsker at sykepleieren skal få økt forståelse for brukerens opplevelse av å motta hjelp i hjemmet, og de krenkelsene det kan medføre. Jeg ønsker å rette fokus på hvordan sykepleieren kan møte brukeren i hjemmet uten å krenke brukerens verdighet.

2.0 Metode

For å kunne finne et svar på min problemstilling må jeg ha en plan for hvordan jeg skal gjøre det. Metoden vil være den fremgangsmåten jeg benytter for å løse problemet, og få frem ny kunnskap. Metoden blir da det redskapet jeg bruker for å samle inn det som trengs av data for å kunne løse problemet. Metoden forteller hvordan undersøkelsene skal utføres, og hvilken informasjon jeg skal innhente (Dalland, 2007).

2.1 Metodevalg

Det finnes forskjellige metoder som kan benyttes, alt etter hva som vil være mest hensiktsmessig i forhold til oppgaven. Vi kan dele metoden inn i kvantitativ metode, og kvalitativ metode. Begge metodene har som formål å bidra til en bedre forståelse av det som undersøkes. Den kvantitative metoden benyttes hvis det som skal undersøkes kan omformes til målbare enheter. Den kvalitative metoden benyttes når man ønsker å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes og måles (Dalland, 2007). Det vil for meg være aktuelt å benytte en kvalitativ metode, da det er de subjektive opplevelsene hos brukerne jeg ønsker å fokusere på. Dette er det ikke mulig å måle eller tallfeste, og det vil derfor ikke være aktuelt med en kvalitativ studie.

I mitt arbeid med bacheloroppgaven har jeg ikke anledning til å intervju pasienter eller brukere. Jeg ønsker derfor å gjennomføre en litteraturstudie for å belyse min problemstilling med teori og forskning fra andre. Ved å gjøre en litteraturstudie kan jeg bruke den allerede eksisterende kunnskapen opp mot problemstillingen min (Axelsson, 2008). Jeg får på denne måten anledning til å benytte meg av data fra tidligere pensum, faglitteratur fra biblioteket, og forskning som er publisert på internett. Ved å søke etter litteratur til bruk i oppgaven har jeg fått en viss oversikt over temaet og hva som finnes av relevant litteratur. Jeg har fått støtte i min forforståelse, og en innsikt i hva som tidligere er skrevet om temaet.

2.2 Vitenskapsteoretisk forståelse

Det finnes flere måter å se og forstå et problem på. Positivism og hermeneutikk er to hovedsyn på kunnskap. I positivismen er det den fysiske kroppen og sykdommen som er fokuset. Positivismen er forankret i naturvitenskapen, og den baserer seg på det som kan

observeres og regnes ut. Mens positivismen gjerne deler opp et problem i biter, forsøker hermeneutikken å se helheten i problemet (Dalland, 2007). Mitt valg av kvalitativ metode baserer seg på et hermeneutisk menneskesyn. I hermeneutikken gjøres det forsøk på å fortolke det som er uklart slik at det gir mening, og det legges vekt på at det i hjelperelasjonen er grunnleggende å forstå den hjelpesøkende (Dalland, 2007). Jeg vil ved å studere og å ta til meg den kunnskapen som allerede eksisterer, kunne få forklart temaet og få en grundigere forståelse. Helheten og sammenhengen i en situasjon er viktig for den totale forståelsen, og selv om noe kan virke irrasjonelt er det ofte en årsak som ligger bak (Fjelland og Gjengedal, 1995).

2.3 Metodekritikk

Jeg har valgt å bruke en kvalitativ litteraturstudie som metode. Som bachelorstudent har jeg ikke anledning til å intervju pasienter, og siden pasientenes opplevelser er sentrale i oppgaven velger jeg å benytte tidligere litteratur, sammen med egen erfaring for å belyse min problemstilling. Ved å benytte litteraturstudie som metode har jeg lett tilgang på tidligere pensumlitteratur, annen faglitteratur fra biblioteket og forskning som er publisert på internett. Det kan være vanskelig å finne litteratur av nyere dato som er relevant for oppgaven, og jeg må være kritisk til om den litteraturen som benyttes fremdeles er relevant.

2.4 Etiske overveielser

Jeg har vurdert om jeg i arbeidet med oppgaven har etiske dilemmaer som jeg må forholde meg til. Personopplysningsloven (2000) § 1 har som formål at den skal beskytte den enkelte mot krenkelse av personopplysninger gjennom behandling av personvernet. Når det i oppgaven brukes egne observasjoner og erfaringer fra praksis vil deler av situasjonsbeskrivelsene, samt pasientnavn være oppdiktet. Praksissted og ansatte ved praksisstedet vil også være anonymisert, og det vil slik ikke være mulig å kjenne igjen verken personer eller sted. All bruk av litteratur er nøye henvist til, både ved løpende henvisninger i teksten, og en utfyllende litteraturliste.

2.5 Litteratursøk

Jeg har benyttet meg av litteratur som vi tidligere har hatt til pensum, og jeg har gjort søk i Bibsys og ved mitt lokale bibliotek for å finne relevant litteratur. Jeg får mange treff opp, men det er ikke alt som er like relevant for min oppgave. Bibsys er universitetets søkemotor, og den søker gjennom litteratur som finnes på biblioteker rundt om i Norge. Jeg har derfor hatt muligheten til å få tilsendt den litteraturen som jeg hadde bruk for.

Universitetet har begynt å bruke en ny søkekatalog som heter ORIA. Jeg har brukt denne for å søke etter artikler og bøker, men jeg er ikke så veldig kjent med å bruke den. Jeg har derfor brukt søkemotorer som SveMed, idunn.no og google scholar i tillegg til at jeg har søkt i sykepleien.no og Den norske legeforening. Jeg har satt søkeordene jeg brukte inn i en tabell som ligger som vedlegg til oppgaven (Vedlegg 1). For å slippe å skrive inn alle bøyningsformene et ord har, har jeg brukt stammen til ordet når jeg søkte. Jeg har også kombinert søkeord når jeg har søkt. Ved å lete i referanselistene til den litteraturen jeg har funnet, kunne jeg også finne relevant litteratur der (Bjørk og Solhaug, 2008). Jeg satte meg kjapt inn i noen av treffene jeg fikk, og brukte kildene som var henvist til i artiklene for å finne relevant litteratur som jeg ønsket å bruke. Jeg har satt opp en litteraturmatrikse som ligger som vedlegg nr 2.

2.6 Kildekritikk

For å kunne si om en kilde er sann eller ikke, må kildene som benyttes vurderes. Dette kalles kildekritikk (Dalland, 2007). I denne oppgaven er det skriftlige kilder som er aktuelle å vurdere. Jeg har tatt utgangspunkt i pensumlitteratur. Denne litteraturen anser jeg som troverdig, og har ikke vurdert den noe mer grundig. Pensumlitteraturen har ikke vært tilstrekkelig som litteratur til oppgaven, og jeg har derfor vært nødt til å innhente annen faglitteratur og forskning. Offentlig informasjon som stortingsmeldinger, lover og statistikk fra statistisk sentralbyrå er hentet fra sikre kilder på internett, med direkte link i litteraturlisten.

Når jeg har søkt etter litteratur har jeg etterstrebet å finne noe som er utgitt de siste 10 årene, men jeg utvidet dette da det viste seg å være vanskelig å finne litteratur. Jeg har vært kritisk til om litteraturen fremdeles er relevant, selv om den er eldre enn 10 år. Jeg har brukt både

norske og engelske søkeord. Engelsk litteratur krever mer av meg når jeg leser den, og det er større fare for at den kan oppfattes feil. Jeg har også i min vurdering av kildene tatt hensyn til forfatterens bakgrunn, om han er objektiv og nøyaktig, om han har publisert noe annet, og hvor den aktuelle litteraturen er publisert/utgitt (Dalland, 2007).

Jeg har benyttet både primær- og sekundærlitteratur. Det er en fordel å benytte primærlitteratur da sekundærlitteratur allerede er tolket av en forfatter, noe som kan føre til at perspektivet kan bli endret. Sekundærlitteratur kan være nyttig hvis det er vanskelig å forstå hva forfatteren av primærlitteraturen mener. Den oppsummerer, og gir lett et overblikk over litteraturen (Dalland, 2007). Jeg har forsøkt å bruke mest mulig primærlitteratur, men har benyttet sekundærlitteratur når jeg syntes det ble vanskelig å få oversikt og forståelse av primærlitteraturen.

3.0 Teori

For å kunne svare på problemstillingen redegjør jeg i dette kapittelet for teori som er relevant å bruke i drøftingsprosessen.

3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori

Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbees sykepleieteori i oppgaven. Joyce Travelbee, heretter omtalt som Travelbee, ble født i 1926, i USA, og har jobbet som psykiatrisk sykepleier. Jeg har valgt Travelbees teori fordi hennes sykepleietenkning handler spesielt om de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien, noe som er veldig relevant i forhold til problemstillingen. I hennes bok fra 1966 som heter *Interpersonal Aspects of Nursing*, får vi forståelse av hennes interaksjonsteori. Boken ble i 1999 oversatt til Norsk (Kristoffersen, 2008), og jeg vil for enkelthets skyld benytte den norske versjonen i mitt arbeide. Travelbee definerer sykepleie slik:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene.”
(Travelbee, 1999:29).

Travelbee ser på hvert enkelt menneske som et unikt individ. På samme måte som at alle er unike, vil alle oppleve sin eksistens og erfaringer forskjellig. Så selv om alle i løpet av livet vil oppleve lidelse, vil det være veldig personlig hvordan de opplever denne lidelsen (Travelbee, 1999). Sykepleieteorien til Travelbee handler om at sykepleieren skal hjelpe den andre til å finne mening i den situasjonen han befinner seg i. Dette kan bare oppnås gjennom å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2008). I møte med brukeren vil det da være nødvendig å etablere et menneske-til-menneske-forhold for å kunne hjelpe. For å kunne etablere et slikt menneske-til-menneske-forhold er det en forutsetning at sykepleieren og pasienten ser på seg, og oppfører seg som unike individer, og ikke som ”sykepleier og pasient”. Det er viktig at sykepleieren er bevisst på å skape og opprettholde et slikt forhold. Å bygge opp et slikt forhold innebærer at pasient og sykepleier samhandler om det som skal utføres. Forholdet de imellom vil da bygge seg opp og utvikle seg dag for dag. Gjennom å etablere et slikt forhold vil det for sykepleieren være mulig å hjelpe pasienten til å føle

mestring og mening i situasjonen. Å mestre og å forstå en tilstand vil kunne være med på å bidra til at det oppleves mening med det som skjer, samtidig som det kan hjelpe til å se hverdagen på en annen måte (Travelbee, 1999).

For å kunne etablere et slikt menneske-til-menneske-forhold er kommunikasjon et av de viktigste redskapene. Når mennesker møtes kommuniserer de kontinuerlig, både verbalt og nonverbalt. Det er en forutsetning å bli kjent med pasienten og hans behov for å kunne utføre sykepleie som samsvarer med de behovene han har. Og selv om det finnes en rekke kommunikasjonsteknikker som sykepleieren skal beherske, må ikke disse teknikkene gå på bekostning av det som er spontant og naturlig i samhandlingen mellom pasient og sykepleier (Kristoffersen, 2008). Kommunikasjon kan i sykepleiesituasjoner enten brukes til å komme nær pasienten, eller til å støte han bort. Når sykepleieren har selvinnsett, selvforståelse og vet hvordan innvirkning av sin egen adferd har på andre mennesker, kan sykepleieren bruke seg selv terapeutisk i samhandlingen med pasienten. Sykepleieren bruker da sin egen personlighet og kunnskaper for å fremme endring hos pasienten (Travelbee, 1999).

3.2 Å jobbe i hjemmesykepleien

Sykepleieren i hjemmestjenesten jobber på en helt annen måte enn hva sykepleieren på en institusjon gjør. Dette gir sykepleieren andre utfordringer i arbeidshverdagen.

Hjemmesykepleie er et tilbud til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom, eller livssituasjon fører til et behov for pleie og omsorg. Hjemmesykepleien har mange forskjellige funksjoner som blant annet dreier seg om behandling, forebygging, helsefremming, rehabilitering og lindring (Fjørtoft, 2006).

Endringer i samfunn, helsepolitikk og helsetjenester har de siste årene ført til at det stadig er flere som bor hjemme og mottar sykepleie. Oppgaver har blitt forskjøvet fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten for å overføre helsetjenester til et lavere forvaltningsnivå. Mye av omsorgen som tidligere ble utført på institusjoner blir nå utført hjemme. Det handler om at alle har krav på et eget hjem, og skal få hjelp der de bor. Alle som har et behov for nødvendig helsehjelp i hjemmet, har rett på hjemmesykepleie (Fjørtoft, 2006).

I hjemmesykepleien har sykepleieren private hjem som sin arbeidsplass (Fjørtoft, 2006). De ansatte i hjemmesykepleien får på den måten en unik tilgang til andre menneskers liv. Selv om en håndverker også kommer inn i hjemmet for å utføre en oppgave, har de et oppdrag som er avgrenset i tid og omfang, og det dreier seg om tingene i huset. Hjemmesykepleien har ofte uavgrensede arbeidsoppgaver som preges av nærhet og gjentakelse, og de handler om mennesket (Hegerstrøm, 1995). Når sykepleieren kommer inn i hjemmet, på brukerens personlige territorium, er brukeren i en sårbar fase i livet. Det er kombinasjonen av brukerens situasjon, arenaen hvor hjelpen utføres og arten av arbeidet som utføres, som gjør at sykepleieren lett kan komme til å tråkke over grenser (Solheim og Aarheim, 2004).

Det varierer hvor mye, og hvilken hjelp brukerne i hjemmesykepleien har behov for. Noen har besøk fra hjemmesykepleien flere ganger i døgnet og trenger hjelp til store deler av dagliglivets utfordringer, mens andre kan ha besøk fra hjemmesykepleien en gang i uken, eller enda sjeldnere. Aktuelle arbeidsoppgaver i hjemmesykepleien kan være hjelp til personlig hygiene, påkledning, matlaging, toalettbesøk, dosering av medisin, injeksjoner, kateterisering, sårstell og tilsyn. Sykepleieren i hjemmesykepleien har mange forskjellige oppgaver som skal utføres, og mange besøk som skal gjennomføres. Brukerne som skal ha hjelp er ulike, og i ulike livssituasjoner. Sykepleieren jobber for det meste alene, og møter i løpet av sin arbeidsdag mange utfordringer både personlig, og faglig (Fjørtoft, 2006).

Kravet til produktivitet dominerer mer og mer i helsetjenestens organisasjoner. Sykepleieren opplever et økende krysspress hvor det stilles krav til både sykepleiens profesjon, bedriftens effektivitetskrav og pasientens interesser. Disse partene har sammenfallende, men også motstridende interesser. Det er ikke alle konflikter som kan løses, men kompetanse om verdikonfliktene kan hjelpe oss å forholde oss til dem (Orvik, 2004). I hjemmesykepleien er ofte arbeidsdagen hektisk og det kan være for lite tid til å imøtekomme alle behovene som brukerne har i løpet av dagen. Tidspresset, og mangel på tid kan oppleves vanskelig av både sykepleieren og brukerne. Det blir ekstra tydelig i hjemmesykepleien hvor det hele tiden må prioriteres hos hver enkelt bruker fordi det venter flere besøk (Fjørtoft, 2006).

3.3 Hva er et hjem?

Det varierer hvordan man lever, hjemmet blir skapt av mennesket og mange faktorer spiller inn på hvordan hjemmet formes. Alle hjem er forskjellige, men uansett så er hjemmet viktig

for mennesket. Hjemmet er privat og personlig, og det er et skille mellom det offentlige og det private (Fjørtoft, 2006). Når vi trår over dørstokken i et hjem, krysser vi grensen mellom det private og det offentlige. Innenfor hjemmets vegger kan vi puste ut og finne mening og trygghet i en hverdag som preges av offentlig regulering (Gullestad, 1989).

Hjemmet kan deles inn i fire aspekter som alle har betydning for mennesket: Det fysiske aspektet, det materielle aspektet, tidsaspektet og det sosiale aspektet. Det fysiske aspektet i hjemmet er rommene. De forskjellige rommene i hjemmet har ulik funksjon og det er forskjellig hvor private de ulike rommene er. Det mest offentlige rommet er stua, mens gangen fungerer som en overgang mellom det offentlige og det private. I en mer nøytral posisjon mellom privat og offentlig er kjøkkenet og badet. Her får gjester tilgang, men bare ved tillatelse. Som det mest private rommet står soverommet. Her er det vanligvis ingen som har tilgang. Hjemmet blir en del av oss og vi innreder det slik vi foretrekker ut fra personlig stil og smak, og praktiske og økonomiske hensyn. Dette representerer det materielle aspektet. Også tid er en variabel som skiller mellom privat og offentlig. Alle har ulike rutiner og gjøremål i løpet av en dag. Gjøremålene organiseres etter hva vi selv finner fornuftig og meningsfullt. Det sosiale aspektet handler om relasjonene til andre. Det kan være familie, venner eller andre besøkende. Det sosiale nettverket kan være stort hos noen, og nesten helt fraværende hos andre (Thorsen, 1990).

3.4 Verdighet og krenkelse

Mennesket som person har sin iboende verdighet, og det kan derfor hevdes at hvert enkelt menneske har noen grunnleggende rettigheter. Verdighet er en grunnleggende verdi som sykepleieren må respektere og ivareta i møtet med mennesker som er sårbare og utsatte for å bli krenket (Fjørtoft, 2006). Den enkeltes opplevelse av verdighet, er det som hver og en av oss opplever som verdig for oss selv. Det handler om det som er viktig for den enkelte, og det er det bare personen selv som kan avgjøre. Derfor vil det variere veldig hva som legges i opplevelsen av verdighet hos hvert enkelt individ. Hvor stort et funksjonstap er, og hvilke områder det rammer, vil være avgjørende for hvor store konsekvenser det får for individets opplevelse av verdighet (Bredland, Linge og Vik, 2002).

Når det skjer eller har skjedd en krenkelse, trues opplevelsen av egenverd. Verdigheten kan både angripes, trues og såres, men den blir ikke borte. Å bli krenket vil få konsekvenser for

selvbildet og identiteten, og kan redusere brukeren mer enn han i utgangspunktet var. Brukeren kan også oppleve en motstand mot å erkjenne at han har blitt krenket siden en hendelse kan ha både noe godt og noe vondt i seg på samme tid (Heglum og Krokan, 2006).

Den enkelte bruker har både personlige fysiske og psykiske grenser, samt rett på et privatliv. Dette må respekteres (Fjørtoft, 2006). Men samtidig skal det ikke være nødvendig for sykepleieren å gå på akkord med sine egne verdier og overbevisninger i utførelsen av sykepleie (Arbeidsmiljøloven, 2005).

3.5 Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer

Jeg har tatt med noe av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fordi sykepleieren, gjennom dem kan få hjelp i etiske spørsmål og dilemma. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere ble utarbeidet av norsk sykepleieforbund i 1983, og ble sist revidert i 2011 av rådet for sykepleieetikk. Retningslinjene bygger på de grunnleggende menneskerettighetene i FN's menneskerettighetserklæring, samt prinsippene i ICNs etiske regler. Sykepleiere gis gjennom retningslinjene grunnleggende verdier og regler for utøvelsen av sykepleie (NSF, 2011).

"Sykepleie utøves på sårbare arenaer i møte med menneskers avmakt, fortrolighets- og intimitetssone. Retningslinjene skal derfor ikke bare være sykepleieprofesjonens yrkesetikk, men også den profesjonelle sykepleierens etikk i praksis."

(NSF, 2011:6).

Retningslinjene vil altså kunne fungere som en veileder i forhold til hvordan hver enkelt sykepleier kan forholde seg i de etiske dilemmaer som de møter på i sin praksis. I følge retningslinjene er sykepleiens grunnlag:

"Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert."

(NSF, 2011:7).

Om forholdet mellom sykepleieren og pasientene sier retningslinjene:

”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.”
(NSF, 2011:8).

Retningslinjene tar også for seg hvordan man skal forholde seg til blant annet profesjonen og arbeidsstedet. De sier noe om det ansvaret man som sykepleier har for egne handlinger, og at arbeidsstedet har visjoner, verdier, mål og retningslinjer som man skal forholde seg til så langt de er i samsvar med sykepleiens grunnlag (NSF, 2011).

3.6 Pasientenes opplevelse av helsetjenesten

Britt Lillestø gjennomførte i 1998 en studie av hvordan mennesker med fysisk funksjonshemming opplever sitt forhold til helsetjenesten. Denne studien har fokus på at hjelpen brukerne mottar føles både god, men samtidig krenkede. Brukerens hjem, kropp, tid og personlige integritet kan bli krenket av personalet når brukeren får behov for pleie av hjemmesykepleien (Lillestø, 1998).

Lillestø forteller om urørlighetssonen til mennesket, og betydningen av det. Hun deler urørlighetssonen inn i tre aspekter: hjemmet, kroppen og tiden. Alle disse er vesentlige for å bevare den personlige integriteten hos mennesket. Urørlighetssonens hensikt er å beskytte oss. Den skal sikre oss et privatliv med trygghet og kontroll, og den skal utvikle vår personlige integritet, identitet og utveksling av informasjon med omgivelsene. Mennesket kjemper for å bevare sin urørlighetssone, og noen aspekter ved urørlighetssonen er lettere å gi slipp på enn andre (Lillestø, 1998).

Grensene mellom den private og den offentlige sfære blir utydelige, og det er når det oppstår uenigheter i dette balanseforholdet at krenkelsen oppstår. Sykepleieren og brukeren kan ha forskjellige syn på brukerens funksjonshemming, og de aktivitetene som brukeren trenger hjelp til er oppgaver som vanligvis foregår i hjemmet, og ville blitt utført av brukeren selv. Verdier som karakteriserer hjemmet settes opp mot andre verdier, og det er da det vil bli gråsoner, og spenningen oppstår (Lillestø, 1998).

Det er brukernes private rom som angripes når det personalet gjør oppleves krenkende. Deres personlige integritet, selvoppfatning, selvbylde og identitet blir berørt. Det handler mye om folkeskikk, høflighet og respekt for deres liv, synspunkter, kunnskaper og evner. Det handler om å bli tatt alvorlig og å bli lyttet til. Brukerne står i en utsatt og sårbar posisjon hvor de er avhengige av hjelp, men gjerne skulle klart seg selv. Hjelpen kan oppleves god, men på samme tid krenkende. Brukerne får derfor et ambivalent forhold til personalet (Lillestø, 1998).

3.7 Pasientens og sykepleierens oppfatning av verdighet

Ken Walsh og Inge Kowanko har gjort en fenomenologisk hermeneutisk studie av hva pasienter og sykepleiere opplever at verdighet dreier seg om. De intervjuet fem pasienter og fire sykepleiere på en sykehusavdeling om situasjoner hvor de enten følte at pasientens verdighet ble ivaretatt, eller krenket. Artikkelen ble publisert i International Journal of Nursing Practice i 2002.

I intervju med personalet kom det frem følgende tema som ble relatert til verdighet: kroppens private karakter, det private rom, å ta hensyn til følelser, å ta seg tid, å se pasienten som person, kroppen som objekt, respekt, kontroll og å være pasientens advokat. I intervju med pasientene dukket det opp flere tema som hadde likheter med temaene fra intervjuene med personalet. Tema som kom fram i intervju med pasientene var: å bli blottlagt, å ha tid, å bli presset til å skynde seg, å ha tid til å bestemme seg, bli sett som person, kroppen som objekt, bli anerkjent, å bli tatt hensyn til, og diskresjon (Walsh og Kowanko, 2002).

4.0 Drøfting

I dette avsnittet vil jeg drøfte de dataene jeg har funnet, jeg vil diskutere det opp mot mine erfaringer, meninger og Joyce Travelbees sykepleieteori. På den måten håper jeg å tilnærme meg et svar på problemstillingen: *Hvordan kan sykepleieren i hjemmesykepleien møte brukeren, for å unngå at verdigheten krenkes, når hjemmet blir sykepleierens arbeidsplass?*

4.1 Hjelpebehovet

Jeg har gjennom min praksis i løpet av min sykepleierutdannelse erfart at mange pasienter kan føle seg krenket når de kommer i en situasjon hvor de blir nødt til å motta hjelp i forbindelse med sin helse. Jeg erfarer også at når de kommer på for eksempel sykehjem eller sykehus, så legger de fra seg noe av kontrollen og innretter seg etter de rutinene som er på institusjonen. Som mottaker av hjemmesykepleie er det sykepleieren som kommer inn på brukerens personlige territorium for å yte helsehjelp, ikke pasienten som kommer inn på sykepleierens arbeidsplass. Og selv om sykepleieren kommer inn i hjemmet til brukeren er det ikke for å være på besøk, men for å utføre en jobb. Dette gir sykepleieren flere utfordringer i jobbhverdagen, både faglige og personlige. Sykepleieren trår inn i privatlivet til brukeren, og må forholde seg til de fysiske og psykiske grensene som brukeren har (Fjørtoft, 2006).

Min forforståelse av temaet var at brukerne i hjemmetjenesten hadde behov for hjelp, men likevel så opplevde jeg at ikke alle virket takknemlig for den hjelpen jeg kom for å tilby. Når sykepleieren kommer hjem til brukeren er det ikke på grunn av at brukeren har invitert sykepleieren fordi han har lyst. Sykepleieren kommer hjem til brukeren fordi han har kommet i en situasjon som har ført til at han har et behov for pleie og omsorg. I en studie som Britt Lillestø gjennomførte i 1998 hadde hun fokus på at brukerne i hjemmesykepleien følte at hjelpen de mottok føltes både god og krenkende på samme tid, noe som stemmer med min opplevelse. Selv om jeg opplever at noen ikke er takknemlig for hjelpen de mottar, så kan det være at de har et ambivalent forhold til situasjonen, og den hjelpen de mottar. Heglum og Krokan (2006) skriver også om at brukere kan kjenne motstand mot å erkjenne at de føler seg krenket siden hendelser kan ha både noe godt og noe vondt i seg samtidig. Så selv om brukeren er avhengig av, og takknemlig for den hjelpen han får, så kan han også ha motstridende følelser i situasjonen, for han hadde nok helst sett at han hadde klart seg uten hjelp.

Travelbee (1999) skriver om at sykepleieren skal hjelpe den andre til å finne mening i den situasjonen han befinner seg i, og at det i møte med brukeren er nødvendig å etablere et menneske-til-menneske-forhold for å kunne hjelpe. Jeg har gjennom praksis i hjemmesykepleien erfart at de fleste gjerne vil vite hvem det er som kommer inn i hjemmet deres. Det er ikke vanlig at det kommer fremmede inn i huset uten at de er invitert, og jeg føler at det er naturlig at de gjerne vil bli bedre kjent med meg. Og på samme måte som at de har et behov for å bli kjent med sykepleieren som skal hjelpe de, så er det gjensidig ved at jeg som sykepleier har behov for å bli kjent med brukeren for å kunne hjelpe han i den situasjonen han er. I samhandlingen mellom brukeren og sykepleieren vil det være noe som er naturlig og spontant. Så selv om sykepleieren har lært teknikker for å kommunisere med pasienter, så må ikke det komme i veien for den naturlige samhandlingen (Kristoffersen, 2008). Jeg erfarer at det er lettere å bli kjent med og etablere et forhold til enkelte. Noen er det vanskeligere å etablere en relasjon til, slik er det både på jobb og privat. Men slik som Travelbee (1999) sier så kommer ikke et menneske-til-menneske-forhold av seg selv, det må bygge seg opp og utvikle seg dag for dag. Noen ganger må det jobbes mer med enn andre, og først når menneske-til-menneske-forholdet er etablert vil det være mulig å oppnå sykepleiens mål og hensikt, som er å forebygge, mestre og finne mening i situasjonen med sykdom og lidelse. Så slik jeg forstår det Travelbee (1999) skriver så må brukeren og sykepleieren, gjennom samhandling, etablere et menneske-til-menneske-forhold når de møtes, for at sykepleiens mål og hensikt kan oppnås.

4.2 Verdighetens betydning

Jeg opplever altså at det er viktig for brukeren at han ikke føler seg krenket. Men hvorfor er det så viktig at verdigheten ikke krenkes i møte med brukeren? Når sykepleieren kommer inn i hjemmet er det fordi brukeren har et funksjonstap som gjør at han må ha hjelp til oppgaver som han tidligere utførte selv. Brukeren skulle gjerne ha klart å utføre oppgavene selv, men står nå i en sårbar posisjon hvor han er nødt til å ta imot hjelp for å klare å gjennomføre hverdagens aktiviteter (Lillestø, 1998). I situasjonen som brukeren er i står han altså i en sårbar posisjon hvor verdigheten er utsatt for å bli krenket. Hvis verdigheten da krenkes vil det få konsekvenser for selvbildet og identiteten. For selv om verdigheten krenkes så blir den ikke borte, men brukeren risikerer å bli mer redusert enn han i utgangspunktet var (Heglum og Krokan, 2006). Jeg forstår det da slik at det er viktig ikke å krenke brukerens verdighet, for

hvis den krenkes så kan det få uheldige virkninger for brukeren som setter han i en større hjelpeposisjon enn han trenger å være. Sykepleieren kan da være en medvirkende faktor til at hjelpebehovet øker.

Jeg opplever at det er stor forskjell på hvordan brukeren opplever det å ta i mot hjelp i hjemmet. Noen er glade for å få hjelp til enkelte gjøremål, mens andre aller helst ville klart seg selv. Når de som gjerne vil klare seg selv, blir nødt til å ta imot hjelp, blir de ekstra utsatt for at opplevelsen av egenverd trues (Heglum og Krokan, 2006).

I møtet med pasienten er det altså viktig at verdigheten ikke krenkes. Men for at sykepleieren skal ha mulighet til å unngå å krenke brukeren mener jeg at det er nødvendig å vite hva det er brukeren opplever som verdighet. Bare ved å vite det kan sykepleieren ha mulighet til å unngå å krenke de som står i en sårbar og utsatt posisjon (Fjørtoft, 2006). Men det vil variere hva hver enkelt bruker legger i sin opplevelse av verdighet. Det den enkelte opplever som verdig for seg selv er det som er viktig for den personen, og det er det ingen andre enn han som kan avgjøre. Hvor stort et funksjonstap er, og på hvilke områder det rammer brukeren, er også avgjørende for hvordan brukeren opplever at det rammer verdigheten hans (Bredland, Linge og Vik, 2002). Og som Lillestø (1998) skriver så er det ikke sikkert at sykepleieren og brukeren har samme syn på den funksjonsemningen som brukeren har. Jeg mener at det vil være vanskelig for sykepleieren å unngå å krenke brukeren hvis de ikke har samme oppfatning av hva brukerens verdighet er. I en studie som Walsh og Kowanko gjennomførte blant pasienter og personale på en sykehusavdeling i 2002, kom de fram til at flere av temaene som ble tatt opp fra både pasienter og personale var samsvarende, men noen av temaene var forskjellige. Når sykepleieren og brukeren ikke har samme oppfatning av hva pasienten mener er verdighet, kan det oppstå en konflikt som fører til at brukeren føler seg krenket. Kristoffersen (2008) skriver om Travelbees sykepleieteori, at det er en forutsetning at sykepleieren blir kjent med brukeren og hans behov for å kunne utføre den sykepleien som samsvarer med de behovene han har. Travelbee (1999) ser på hvert enkelt menneske som et unikt individ, og vil oppleve sin eksistens og sine erfaringer på forskjellige måter. Ved at sykepleieren og brukeren ser på seg selv og på hverandre som unike individer med ulike oppfatninger, kan de samhandle og bygge opp et menneske-til-menneske-forhold. Det kan bidra til at de får en felles forståelse av det som skjer, og den situasjonen brukeren er i, og de kan hjelpe hverandre med å se ting fra et annet perspektiv enn de i utgangspunktet gjorde. På den måten kan sykepleieren kommunisere og samhandle i møte med brukeren. Ved å

opparbeide seg et slikt menneske-til-menneske-forhold med en felles forståelse av situasjonen, kan sykepleieren dermed lære hva som er viktig for brukeren, og på den måten unngå å krenke de verdiene han har.

4.3 Hjemmets betydning

Jeg kan i utgangspunktet ikke vite hva hver enkelt bruker opplever som verdighet, og derfor ikke vite hvilke verdier som blir viktige å ivareta i møte med akkurat den enkelte brukeren. Det blir nødvendig å bli kjent med hver enkelt bruker for å kunne ivareta hans behov. Men selv om det varierer hvilke verdier brukerne har, og hvordan de lever, så er hjemmet generelt sett viktig for mennesket (Fjørtoft, 2006), og kunnskap om hjemmet, og betydningen det har, vil kunne hjelpe meg til ikke å krenke brukeren i hans hjem. Noen av brukerne i hjemmetjenesten har et stort og omfattende behov for hjelp, mens noen har et mindre behov. Hjelpet behovet blant hjemmesykepleiens brukere varierer altså veldig. Som sykepleier slipper jeg derfor inn i hjemmene deres i varierende grad. Og mens jeg hos noen må helt inn på soverommet, er det noen jeg bare møter i gangen. Men uansett hvor langt inn i hjemmet jeg kommer, så krysser jeg en grense mellom det offentlige og det private når jeg kommer inn ytterdøren. Normalt sett så fungerer hjemmet som et fristed fra hverdagen som preges av offentlig regulering. Når jeg da som sykepleier kommer inn i hjemmet vil dette pusterommet fra offentligheten bli påvirket av andre faktorer enn det tidligere har vært, og kanskje ikke føles så "eget og fritt" som det tidligere har gjort (Gullestad, 1989).

Lillestø (1998) beskriver både hjemmet, kroppen og tiden som deler av urørlighetssonen som skal bevare vår personlige integritet. Urørlighetssonen skal beskytte oss, og sikre oss et privatliv med trygghet og kontroll, og det er noe som mennesket kjemper for å bevare. Når jeg da kommer inn i hjemmet til noen må jeg ta hensyn til at jeg er i deres urørlighetssone og vise respekt for brukeren og hans hjem. Når jeg som sykepleier skal utføre min jobb i brukerens hjem, må brukeren gi slipp på noe av sin urørlighetssone. Det vil variere hvor lett det er for hver enkelt å gi slipp på noe av sin urørlighetssone, men det vil også være forskjell på hvor omfattende hjelpebehovet er, og dermed hvor mye urørlighetssonen blir berørt. Mens jeg hos noen har et oppdrag som skal utføres en gang i uken, kan det være noen som har behov for hjelp flere ganger i døgnet. Men selv om noen har et lite hjelpebehov, og får sjeldent besøk av sykepleieren så betyr ikke det nødvendigvis at han blir lite påvirket av besøkene han får av hjemmesykepleien. Det kommer an på brukeren og hans opplevelse av situasjonen. Jeg

opplever at noen kan føle seg krenket av den minste ting. Når jeg da kommer for å hjelpe blir det umulig å ikke krenke brukeren når han føler seg krenket bare av at jeg kommer inn til ham. Og selv om jeg ikke føler at jeg har gjort noe for å krenke brukeren, så opplever han det slik likevel, og da må jeg anerkjenne at det er et problem for brukeren som jeg må ta hensyn til.

Ved kunnskap om hjemmets betydning kan jeg anerkjenne og respektere at det er viktig for brukeren og på den måten prøve å unngå å krenke han. Å bli sett og anerkjent som person var to av de temaene som Walsh og Kowanko (2002) avdekket som viktig for pasientene i sin studie av hva verdighet er. Dette er også noe jeg opplever som viktig for brukere og pasienter i hele helsetjenesten. Jeg opplever at de vil bli sett og anerkjent som person, og ikke bare som en pasient som skal behandles. I møtet med brukeren vil kunnskapene om hjemmet og urørlighetssonen bli viktige å ha med seg når jeg skal bygge opp dette menneske-til-menneske-forholdet som Travelbee (1999) mener er nødvendig for å oppnå målet med sykepleien. Også Lillestø (1998) fant i sin studie ut at brukerne ønsker å bli behandlet med respekt, de forventer at sykepleieren som kommer inn i hjemmet har folkeskikk, og er høflig.

Thorsen (1990) deler hjemmet inn i fire aspekter som er viktige for mennesket. Det fysiske aspektet, det materielle aspektet, tidsaspektet, og det sosiale aspektet. De forskjellige aspektene påvirkes av sykepleieren i forskjellig grad, avhengig av hjelpebehovet og situasjonen. Hvis en bruker har hjelp av hjemmesykepleien flere ganger i døgnet ser jeg at det er sannsynlig at sykepleieren kan møte på familie og venner som er på besøk, og de kan påvirke det sosiale aspektet i brukerens liv. Jeg har ikke opplevd at brukerne synes det har vært et problem at jeg har møtt på deres besøkende, og jeg har heller ikke merket meg at det har vært vektlagt som et problem i litteraturen jeg har lest. Det jeg opplever at kan være vanskelig for brukerne, er når hjelpebehovet blir så stort at de må ha hjelp jevnlig i løpet av dagen, og på den måten blir hindret i å dra på besøk til andre. Det jeg oppfatter som et større problem i brukernes hverdag er at tidsaspektet, det fysiske og det materielle aspektet blir påvirket. Thorsen (1990) beskriver graden av offentlighet de forskjellige rommene i huset har. Så om jeg bare møter brukeren i gangen, eller om jeg må helt inn på soverommet vil være avgjørende for hvor utsatt brukeren føler at det fysiske aspektet av hjemmet er. Også det materielle aspektet blir påvirket. Vi innreder vanligvis hjemmet etter personlig stil, smak, praktiske og økonomiske hensyn (Thorsen, 1990). Når hjemmesykepleien får hjemmet som sin arbeidsplass kan de ha behov for utstyr i sin jobb. Noe av utstyret krever plass i form av en

skuff, mens annet utstyr, som for eksempel en personheis, er større og krever mer av innredningen. Etter min erfaring er det ikke mange som har problemer med å avse en skuff til lagring av utstyr, men det oppleves verre når de må begynne å møblere om hjemmet for at det skal bli plass til utstyr som de kanskje føler er der bare for sykepleierens del. For eksempel vil store hjelpemidler, som en personheis, bli veldig tydelige i brukerens hjem, og det vil kreve en del av innredning og utforming i hjemmet.

I løpet av en dag så organiserer vi vanligvis våre gjøremål etter hva vi selv finner fornuftig og meningsfullt (Thorsen, 1990). I hjemmesykepleien har jeg mange brukere som skal ha hjelp til forskjellige ting i løpet av en arbeidsdag. Arbeidsdagen er ofte hektisk og det kan være vanskelig å imøtekomme alle behovene som brukerne har. Det kan oppleves som vanskelig å ha liten tid både for meg og for brukerne (Fjørtoft, 2006). Tidsaspektet blir påvirket på flere måter. Brukeren som har vært vant til å ha sine faste rutiner og gjøremål, må kanskje sitte og vente på at jeg skal komme å hjelpe han. Og når jeg kommer dit vet han at jeg har dårlig tid og han må skynde seg (Thorsen, 1990). Som sykepleier opplever jeg et krysspress hvor jeg skal ta hensyn til brukerens verdier, profesjonen, og det effektivitetskravet som bedriften har. Selv om både profesjonen, bedriften og pasienten har felles verdier føler jeg hele tiden på det tidspresset som henger over meg, og selv om jeg ikke ønsker at det skal gå ut over brukeren, kan det lett bli slik at jeg kommuniserer det ubevisst ved for eksempel å se på klokka og virke lite tilstede i situasjonen. Selv om jeg ikke kan gjøre noe med tidspresset, kan kompetanse om disse verdikonfliktene hjelpe meg til å jobbe med dem (Orvik, 2004). Walsh og Kowanko (2002) beskriver tid som et viktig område for både pasienten og sykepleieren. Sykepleierne mente at det var viktig for pasientens verdighet at vi tar oss tid til å hjelpe dem. Hvis jeg er hjemme hos en bruker så kan jeg ta meg tid til å være i situasjonen, ikke bare tenke på alt det andre jeg må få tid til å gjøre. For selv om jeg ikke mener å vise brukeren at jeg har dårlig tid, så kan fort det nonverbale språket mitt kommunisere det. Slik som Wals og Kowanko (2002) beskriver tid som viktig for pasienten, så er det viktig for dem at de ikke føler seg presset til å skynde seg, og at de får tid til å tenke seg om og bestemme seg. Det kan være vanskelig med det tidspresset som hele tiden er der, og brukerens tidsaspekt er derfor veldig utsatt for å bli krenket.

4.4 Hvorfor oppstår krenkelsen?

Men hvis jeg vet hva det er som er viktig for brukeren og verdigheten hans, hvorfor oppstår det da en krenkelse? I arbeidsmiljøloven (2005) står det at det ikke skal være nødvendig for sykepleieren å gå på akkord med sine egne verdier og overbevisninger i utførelsen av sykepleie. Det krysspresset som oppstår når jeg da skal ta hensyn til profesjonens, brukerens og arbeidsplassens verdier vil kunne være vanskelig å forholde seg til i mange tilfeller. Det oppstår etiske spørsmål og dilemma som sykepleierens yrkesetiske retningslinjer vil kunne hjelpe meg å forholde meg til. Retningslinjene sier at jeg som sykepleier har ansvar for mine egne handlinger, og at grunnlaget for all sykepleien som utføres skal være respekten for det enkeltes menneskets liv og verdighet. De sier også at jeg skal forholde meg til de verdiene og målene som arbeidsstedet har, uten at det går på akkord med sykepleiens grunnlag (NSF, 2011). Så selv om at kravet til produktivitet blir mer fremtredende i helsetjenesten så har jeg fremdeles et ansvar for at brukerne ikke krenkes, og blir anerkjent som menneske. Jeg vil ikke komme unna å forholde meg til dette, selv om det er vanskelig. Det gjør nok at det kanskje ikke er mulig å unngå krenkelsen, men jeg mener at det vil være mulig å begrense den.

Ved å anerkjenne at brukeren har noen verdier som er viktige for han kan jeg ta hensyn til det, og se ham som person, noe som i følge Walsh og Kowanko (2002) er viktig for brukeren. Når jeg ikke kjenner brukeren kan jeg ikke vite hva som er viktig for akkurat ham, siden alle individer er ulike, og har ulike verdier. Men noen felles trekk ved hvilke verdier som er viktige for brukerne når de er i en hjelpesituasjon i hjemmet kan hjelpe meg i prosessen med å etablere et menneske-til-menneske-forhold i møte med brukeren. Menneske-til-menneske-forholdet vil da utvikle seg gradvis, og jeg vil på sikt kunne hjelpe brukeren bedre etter hvert som dette forholdet utvikler seg. Ved å være bevisst på dette i møte med brukeren kan jeg bruke det for å komme nærmere ham. Hvis jeg ikke bryr meg om dette vil brukeren kunne føle seg mer krenket, og jeg vil skyve ham fra meg (Travelbee, 1999).

Solheim og Aarheim (2004) sier at det er kombinasjonen av hvor brukeren blir møtt, arten på arbeidet som skal utføres, og den sårbare situasjonen han er i som fører til at sykepleieren lett kan komme til å tråkke over noen grenser som fører til krenkelse. Jeg kommer inn på brukerens private territorium, og de oppgavene som jeg skal hjelpe brukeren med handler om brukeren som menneske og de preges av nærhet (Hegerstrøm, 1995). Brukeren skulle nok gjerne klart seg selv, men har av en ufrivillig grunn blitt avhengig av hjelp (Lillestø, 1998). Å

forstå situasjonen til brukeren vil kunne hjelpe meg i møtet med ham. Hvis jeg møter han med respekt, er høflig, og har folkeskikk når jeg kommer inn i hjemmet hans, så tror jeg det vil være en god start for ikke å tråkke over grenser som gjør at brukeren føler seg krenket. Slik som Orvik (2004) sier så er det ikke alle konflikter som kan løses, men kompetanse om de kan hjelpe oss til å forholde oss til dem. Ved å ha kompetanse om pasientens verdighet, og den sårbare situasjonen han befinner seg i når han blir hjelpemottaker i eget hjem så kan jeg ta hensyn til det når jeg møter brukeren i hjemmet.

Når jeg som sykepleier skal ta hensyn til verdier fra både brukeren, bedriften og profesjonen, vil det oppstå konfliktområder som ikke er mulige å unngå. Jeg tror derfor ikke at det vil være mulig å unngå å krenke brukeren i hjemmesykepleien. For selv om sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (2011) sier at de kravene som profesjonen og arbeidsstedet stiller ikke skal gå på akkord med sykepleiens grunnlag, så må jeg forholde meg til dem, og da oppstår det lett konflikter som både jeg som sykepleier, og brukeren må forholde oss til. Det oppstår slik mange gråsoner mellom det private og det offentlige hvor verdiene fra både meg, som sykepleier, brukeren, og bedriften blir satt opp mot hverandre. Og det er da krenkelsen oppstår (Lillestø, 1998).

Jeg opplever at mange brukere i hjemmesykepleien uttrykker frustrasjon over at det kommer mange forskjellige som skal hjelpe de. De forteller at det er vanskelig at det kommer så mange fremmede inn i huset, og ser helst at de slipper å forholde seg til nye sykepleiere hele tiden. Som Travelbee (1999) sier er det viktig å bygge opp dette menneske-til-menneske-forholdet med brukeren for å kunne oppnå sykepleiens mål og hensikt. Min erfaring er at brukerne synes det er viktig å bli kjent med de som kommer hjem til dem for å hjelpe de. Hvis det da blir lenge mellom hver gang jeg får komme hjem til brukeren vil det være vanskelig å få bygge opp et menneske-til-menneske-forhold til brukeren, og han vil føle at jeg kommer som en fremmed hver gang. For å kunne bygge opp dette forholdet vil det da være viktig at jeg får følge opp brukeren over tid. Jeg opplever det også vanskelig å oppnå målet med sykepleien når jeg kommer til en fremmed bruker. Jeg kjenner ikke brukeren, og vet ikke hvilke verdier han har, og hvordan jeg skal forholde meg til han. Jeg opplever at jeg i begynnelsen av en hjelperelasjon bruker mye tid på å bli kjent med brukeren, og jeg mener og erfarer at det er veldig viktig for brukerens verdighet.

5.0 Avslutning

Med de verdiene som bedriften, profesjonen og pasienten har vil det ikke være mulig å unngå at det oppstår verdikonflikter. Jeg opplever vel at sykepleieren i hjemmesykepleien arbeider under et krysspress som gjør at brukerens verdighet ikke er det som blir vektlagt. Men når brukerens verdighet krenkes så får det konsekvenser for brukerens selvbylde og identitet. Brukeren kan da bli enda mer redusert enn hva han i utgangspunktet var. Ikke å krenke brukerens verdighet vil derfor være viktig for at brukeren ikke skal komme i en vond spiral hvor han blir mer hjelpetrengende enn han trenger å være.

Selv om jeg som sykepleier har press på meg i fra flere kanter så må jeg huske på at det er veldig viktig for brukeren og hans verdighet at jeg er høflig, har folkeskikk og viser respekt når jeg kommer inn i hjemmet hans. Det er fort at det blir nedprioritert i en hektisk arbeidsdag, og når dagens arbeidsprogram settes opp må det tas med i tidsberegningen at sykepleieren skal få tid til å være menneske, ikke bare sykepleier. Brukerens verdighet er en verdi som ikke er målbar. Det går ikke an å sette et tall på den for å dokumentere at jeg har ivaretatt den. Jeg må derfor ha brukerens verdighet med meg som en grunnleggende verdi i alt jeg gjør. Jeg tror også det vil være viktig at det innimellom tas opp som tema blant personalet, slik at vi ikke lar det gå i glemmeboka.

Jeg har i oppgaven fokusert på hva den enkelte sykepleier kan gjøre for at brukerens verdighet ikke skal krenkes. Men jeg mener også at det er en del som kan gjøres i forhold til organisering av hjemmesykepleien. Men da må også brukerens verdighet være et tema. I arbeidet med oppgaven har jeg begynt å lure på hvordan brukernes verdighet er tenkt ivaretatt i de endringene som har skjedd i helsevesenet de siste årene? Det har jeg ikke sett nærmere på, men jeg opplever at det er ganske store endringer som har skjedd i forhold til blant annet at samhandlingsreformen tredde i kraft. Jeg mener at hvis brukerens verdighet ikke skal krenkes, så må det legges til rette for det på arbeidsplassen. Og det må være et tema som tas opp blant personalet slik at det gjør noe med holdningen som sykepleierne har til brukerens verdighet. Jeg kunne tenke meg å finne ut mer om hvilken holdning ledelsen har til brukernes verdighet og sykepleierens ivaretagelse av den.

Jeg opplever at det er en konflikt som oppstår mellom sykepleierens tradisjonelle fagverden, og brukerens livsverden. Det krever mye av både sykepleieren og brukeren, og selv om sykepleieren ikke bevisst ønsker å krenke brukeren så vil det oppstå situasjoner hvor brukeren

likevel føler seg krenket. Men ved å anerkjenne og samhandle i situasjonene mener jeg at brukeren og sykepleieren kan lære hverandre å kjenne, og på den måten kan sykepleieren redusere krenkelsen av brukerens verdier. Ved å forklare og gi brukeren innsikt i sykepleierens arbeidsdag, og de forventningene som står til sykepleieren vil det kanskje også være lettere for brukeren å akseptere hvordan ting er.

Det vil være viktig for sykepleieren å ha kunnskap om at det er viktig ikke å krenke brukernes verdighet, og kunnskap om hvorfor dette er viktig. Jeg mener at det vil skape et menneskesyn og en holdning som sykepleieren har med seg når han møter brukeren. Når sykepleieren da har kunnskap om disse tingene, og hvilken betydning hjemmet har for mennesket, vil han ha mulighet til å unngå at brukeren krenkes på mange områder når han skal møte ham i hjemmet. Når sykepleieren og brukeren så over tid blir kjent og bygger opp et personlig forhold, vil sykepleieren bli kjent med brukeren og hans verdier, og på den måten ha mulighet til å ivareta de verdiene som er viktig for brukeren. Det finnes ingen felles fasit for hva som er viktig for alle brukerne, men ved å bygge opp et menneske-til-menneske-forhold til brukeren så vil sykepleieren bli kjent med brukeren, og de verdiene han har. Og på den måten kan sykepleieren unngå å krenke de verdiene som brukeren har, i alle fall redusere krenkelsen. Et til spørsmål jeg sitter igjen med etter å ha skrevet denne oppgaven er hvor viktig sykepleierne mener at brukernes verdighet er. Er det en verdi de har med seg når de møter folk i hjemmet, eller har de mer en holding om at brukeren bare må godta ting som de er hvis de skal ha hjelp?

6.0 Litteraturliste

6.1 Pensumlitteratur

*Bjørk, I. T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie –en ressursbok*. Oslo: Akribe. Kap 3.

*Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kap 4, 5, 6, 10.

*Fjørtoft, A-K. (2006) *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget. Kap 1, 2 og 3.

*Helse- og omsorgsdepartementet (2009) *St.meld. nr 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

*Kristoffersen, N. J. (2008) *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. Oslo: Gyldendal. Kap 23, side 13-26.

*NSF/Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf.

6.2 Selvvalgt litteratur

*Axelsson, Å. (2008) *Littertaurstudie*. I: Granskär, M. og Höglund-Nilsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur. **16 sider.**

*Bredland, E. L., Linge, O. A. og Vik, K. (2002) *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal. Kap 1, **26 sider.**

*Fjelland, R. og Gjengedal, E. (1995) *Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal. Kap 6, **26 sider.**

*Fjørtoft, A-K. (2006) *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget. Kap 5, **27 sider**.

*Hegerstrøm, T. (1995) *Noen tanker om det å arbeide i andres hjem*. I: Elster, E. og Hegerstrøm, T. (red) *Kommunale hjemmetjenester. Mangfold og muligheter*. Tano. Del II, **15 sider**.

*Heglum, T. og Krokan, A. K. (red.) (2006) *Med viten og vilje –om funksjonshemming, diskriminering og krenkelse*. Oslo: Kommuneforlaget. Kap 1, **16 sider**.

*Kristoffersen, N. J. (2008) *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. Oslo: Gyldendal. Side 26-33, **10 sider**.

*Gullestad, M. (1989) *Kultur og hverdagsliv. På sporet av det moderne Norge*. Oslo, universitetsforlaget, Det blå bibliotek. Kap 2, **18 sider**.

*Lillestø, B. (1998) *Når omsorgen oppleves krenkende. En studie av hvordan mennesker med fysiske funksjonshemninger opplever sitt forhold til helsetjenesten*. Bodø: Nordlandsforskning. Del II og del III, **72 sider**.

*Orvik, A (2004) *Organisatorisk kompetanse –i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Forlag. Kap 6, **38 sider**.

*Statistisk sentralbyrå, statistikkbanken (2014) *Brukarar av pleie- og omsorgstenester*. Hentet den 14.04.2014 fra:
<https://www.ssb.no/statistikkbanken/selectout/ShowTable.asp?FileformatId=2&Queryfile=201421420547742450726IPLOShjemInstTj&PLanguage=0&MainTable=IPLOShjemInstTj&pothesize=18>, **1 side**.

*Solheim, M. og Aarheim, K. J. (red.) (2004) *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal. Kap 1, **9 sider**.

*Thorsen, K. (1990) *Hva skiller et hjem fra en institusjon?* I: Aldring og eldre. Nr 3. **11 sider**.

*Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold I sykepleie*. Oversatt av Thorbjørnsen, K. M. Oslo: Gyldendal forlag. Kap 1, 9 og 10, **102 sider**.

*Walsh, K. og Kowanko, I. (2002) *Nurses' and patients' perceptions of dignity*. I: International Journal of Nursing Practice 8: 143-151. **9 sider**.

Totalt 396 sider selvvalgt litteratur.

6.3 Lover og forskrifter

*Arbeidsmiljøloven (2005) *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.(arbeidsmiljøloven)*. Hentet fra: http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmilj%C3%B8loven*

*Personopplysningsloven (2000) *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*. Hentet fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=personopplysningsloven*

7.0 Vedlegg:

7.1 Vedlegg 1: Søkeord

Søkeord	Engelsk søkeord
Verdighet	Dignity
Pasient	Patient
Hjemmesykepleie Hjemmetjeneste	Home-care
Krenke	Violate Offense
Privatliv	Privacy
Sykepleie Sykepleier	Nursing Nurse

7.2 Vedlegg 2: Litteraturmatrikse

Publikasjonsår	2002
Land	Australia
Database	ORIA
Forfattere	Ken Walsh og Inge Kowanko
Tittel	Nurses' and patients' perception of dignity
Hensikt	Det er en generell enighet i sykepleielitteratur om at det er viktig å ivareta pasientenes verdighet. Denne artikkelen ønsker å finne ut hva pasientene og sykepleierne oppfatter verdighet som.
Metode/utvalg	En fenomenologisk studie hvor pasienter og sykepleiere ble bedt om å beskrive situasjoner hvor de enten følte at verdigheten ble ivaretatt eller krenket. Fem pasienter og fire sykepleiere ble intervjuet.
Resultat/konklusjon	Det ble oppfattet flere tema som pasienter og sykepleiere mener er viktige å ivareta når det skal tas hensyn til pasientens verdighet. Områder sykepleieren mener er viktige: Privatliv, følelser, tid, respekt, kontroll og å være pasientens advokat. Pasientene mener viktige områder er: Privatliv, tid, stress, beslutninger, anerkjennelse,

	omtanke og diskresjon. Flere av temaområdene fra pasientene og sykepleierne sammenfaller.
Tidsskrift	International Journal of Nursing Practice, 2002, 8:143-151.
Referee/fagartikkel	Referee
Hvordan er artikkelen relevant for tema?	Artikkelen beskriver hvilke områder som er viktige i forhold til å ivareta pasientenes verdighet, noe som er viktig i forhold til å kunne svare på problemstillingen min.
Hva sier artikkelen om temaet?	Ivaretakelse av pasientenes verdighet er veldig viktig i utøvelsen av sykepleie. For å vite hvordan man skal ivareta verdigheten må vi vite hva pasientene opplever som viktig i forhold til at deres verdighet skal ivaretas. Artikkelen beskriver situasjoner hvor pasienter og sykepleiere enten føler at verdigheten ble ivaretatt, eller at den ikke ble det.

Publikasjonsår	2013
Land	Norge
Database	Idunn.no
Forfattere	Marit Borg og Bengt Karlsson
Tittel	Hjemmet som samarbeidsarena –muligheter og begrensninger I lokalbasert psykisk helsearbeid
Hensikt	Artikkelen har som mål å skal utforske begrunnelser for og prosesser knyttet til hjemmet som samarbeidsarena i lokalbasert psykisk helsearbeid.
Metode/utvalg	Artikkelen presenterer funn fra to studier som belyser hjemmet som samarbeidsarena. Det beskrives ett sentralt funn fra hver studie. Den ene studien er en brukerstudie som presenterer møtet med et ambulant akutteam i eget hjem. Den andre er en fagpersonstudie som knyttes til fagpersonens erfaringer med hjemmebehandling i ambulant akutteam.
Resultat/konklusjon	Artikkelen konkluderer med at forskning innen hjemmebehandling i stor grad er knyttet til strukturelle og økonomiske forhold. Få studier er rettet mot samarbeidsformer, vurderingssituasjoner, samhandlingsprosesser mellom de ulike parter i hjemmet. Artikkelen

	konkluderer med at det er behov for mer forskning om hvordan hjemmet som samarbeidsarena kan utvikles i lokalbasert psykisk helsearbeid.
Tidsskrift Referee/fagartikkel	Tidsskrift for psykisk helsearbeid 02/2013. Referee
Hvordan er artikkelen relevant for tema?	Artikkelen fokuserer på hjemmebehandling. Artikkelen har sitt fokus i forhold til innføring av ambulant akutteam, men fokusere på møtet i hjemmet.
Hva sier artikkelen om temaet?	Artikkelen viser at det skapes faglige og etiske dilemmaer når fagpersoner kommer inn i folks hjem og er gjester og samtidig skal utøve sin praksis. Artikkelen belyser problemstillingen fra både brukerens og fagpersonens side.

Publikasjonsår	1998
Land	Norge
Database	Bibsys.no
Forfattere	Brit Lillestø
Tittel	Når omsorgen oppleves krenkede. En studie av hvordan mennesker med fysiske funksjonshemninger opplever sitt forhold til helsetjenesten.
Hensikt	En studie av hvordan mennesker med fysiske funksjonsheninger opplever sitt forhold til helsetjenesten.
Metode/utvalg	Lillestø har gjennomført en kvalitativ studie hvor hun har intervjuet seksten informanter. I denne studien presenterer hun syv av dem.
Resultat/konklusjon	Hjemmeboende, funksjonshemmede mennesker som har et behov for pleie og omsorg opplever ofte hjelpen som krenkende, nedverdiggende og respektløs. Personalet krenker brukerens "urørlighetssone". Selv om hjelpen føles god og dekkende får brukerne et ambivalent forhold til personalet. Brukerne er avhengige av personalet, men samtidig sårbar og utsatt.
Tidsskrift	Forskningsrapport utgitt av Nordlandsforskning i 1998.

Referee/fagartikkel	
Hvordan er artikkelen relevant for tema?	Den handler om at brukere av hjemmesykepleien føler seg krenket i situasjonen når de er mottakere av hjemmesykepleie.
Hva sier artikkelen om temaet?	Opplevelse av en krenkende, nedverdiggende og respektløs pleie og omsorg fra hjemmetjenesten. Men på samme tid oppleves hjelpen god, og pasientene får et ambivalent forhold til personalet.

Publikasjonsår	2003
Land	Norge
Database	Sykepleien.no
Forfattere	Inger Martinussen
Tittel	Myndig i eget hus
Hensikt	Formålet med dette essayet er å sette søkelyset på rommet mellom personalets tradisjonelle fagverden og hjelpemottakerens livsverden.
Metode/utvalg	Ei dame på 29 år forteller sin historie.
Resultat/konklusjon	Essay som setter søkelyset på hvordan faglige, godkjente virkemidler ikke nødvendigvis er riktige i forhold til et individ.
Tidsskrift	Sykepleien 2003 91(1):32-36
Referee/fagartikkel	Fagartikkel
Hvordan er artikkelen relevant for tema?	Den forteller en historie om hvordan ei ung dame med funksjonshemning opplever sitt forhold til helsetjenesten.
Hva sier artikkelen om temaet?	Artikkelen referer til studier som har vist at omsorgen oppleves både god og krenkende på samme tid. Artikkelen forteller om at det ikke er alltid at faglige godkjente virkemidler ikke alltid er det rette for det enkelte individet, siden alle er unike.